|  |  |
| --- | --- |
| **Logo_CISSS_des_LaurentidesFORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR SERVICES DI-TSA-DP****ANNEXE 1** **DÉFICENCE VISUELLE** |  |
| 1. **IDENTIFICATION DU CLIENT**
 |
| **NOM :** | **PRÉNOM :** |
| **Date de naissance** aa/mm/jj : | **SEXE :** | **F** [ ]  **M** [ ]  |
| **Numéro d’assurance maladie :**  | **Expiration :**  |
| **Adresse (rue, appartement, ville code postale) :** |
| **Téléphone :** | **Rés** : | **Cell** :  | **Travail** :  |
| **Courriel :** |
| 1. **CRITÈRES D’ADMISSIBILITÉ**
 |
|  |

|  |
| --- |
| **ÉTAT OCULO-VISUEL** |
| **Date du dernier examen :** |  |
| **Diagnostic :** | **O.D. :** |  |
|  | **O.S. :** |  |
| **S’il y a lieu, résultats destests électrophysiologiques :** |  |
|  |  |
| **Date de l’apparition de la déficience :** |  |  |
| **Pronostic :** |  |
| **Réfraction :** | **O.D. :** |  |
|  | **O.S. :** |  |
| **Acuité visuelle de loin à 6 m :** | **O.D** | **O.S.** | **O.U.** |
| **Avec correction ophtalmique :** |  |  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Champ de vision :** |  |  |
| **CHAMP DE VISION PÉRIPHÉRIQUE** |  |
| **premier oeil** | **premier oeil** |  |
| **Cible :** |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**
 |
| **NOM DU PROFESSIONNEL :** | **[ ]  MD****[ ]  OD** | **No duprofessionnel :** |
| **Téléphone :** |  | **Télécopieur :** |
| **Adresse :** |  |
| **Courriel :** |  |
| **Signature :** |  | **Date :** |
| 1. **CONSENTEMENT DE L’USAGER OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL**

**Si le demandeur est du CISSS des Laurentides :** **Le client ou son représentant consent à la référence et à la transmission de l’information à son sujet :** **[ ]**  |
| **Moi (nom usager ou représentant légal en lettres moulées),****[ ]** Autorise le demandeur (référent) à fournir aux intervenants du DI-TSA-DP les informations et les rapports pertinents en lien avec ma demande de services. |
| **Signature :** | **Date :** |
| **Retournez le formulaire à : (svp privilégier le courriel)****GUICHET JEUNESSE DI-TSA-DP** |
| **Par courriel :** **Par télécopieur :** **Par la poste :** **Pour information :**  | referencejeunesse-ditsadp.cissslau@ssss.gouv.qc.ca(450) 560-9814500, boul. des Laurentides, suite 1450, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4M21-866-770-2366 ou le 450-432-2777, poste 25465 |